

**KOP SURAT
RUMAH SAKIT / PUSKESMAS**

SURAT KETERANGAN DISABILITAS

NOMOR :

Yang bertanda tangan di bawah ini, Dokter Pemeriksa di Rumah Sakit / Puskesmas

..... menerangkan bahwa:

Nama :

Tempat / Tgl lahir :

Umur : Tahun

JenisKelamin : Laki-laki / Perempuan *)

Alamat :

Setelah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan kemampuan fungsional bahwa yang bersangkutan benar-benar sebagai Penyandang Disabilitas berupa :

1. Jenis / Ragam Disabilitas :

a. Disabilitas Fisik

1) Amputasi (Tangan / Kaki)*

2) Lumpuh layuh atau kaku (Tangan / Kaki)*

3) Paraplegi (anggota tubuh bagian bawah yang meliputi kedua tungkai dan organ panggul)

4) Cerebral Palsy (CP)

b. Disabilitas Sensorik

1) Netra

a) Buta Total

b) Persepsi Cahaya / Low Vision

2) Rungu

3) Wicara

c. Disabilitas Intelektual

1) Disabilitas Grahita

2) Down Syndrome

d. Disabilitas Mental

1) Psikososial

(Skizofrenia, Bipolar, Depresi, Ansietas, dan Gangguan Kepribadian) *

2) Disabilitas perkembangan (Autis / Hiperaktif) *

2. Derajat Disabilitas :

.....

3. Penyebab : Sejak Lahir / Kecelakaan dalam Pekerjaan / Kecelakaan
Lalu Lintas / Penyakit / Akibat Stroke / Akibat Kusta/
Lain-lain : *)
4. Alat Bantu yang Digunakan : Ada / Tidak *)
Berupa :

Surat keterangan ini untuk keperluan: **Persyaratan Melamar Calon Pegawai Negeri Sipil
Tahun 2018.**

Tempat, Tgl / Bln / Tahun

Dokter Pemeriksa,

Stempel

.....
NIP.
SIP.

Keterangan :

- *) Coret Yang Tidak Perlu / Sesuai dengan keadaan
- √ Pada kolom yang **Sesuai** dengan keadaan
- X Pada kolom yang **Tidak Sesuai** dengan keadaan